

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE ^{N°} 621
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 19 juillet 1900, à 1 heure

Par Désiré DAVET

Né à Massiac (Cantal) le 10 juin 1874.
Ancien interne à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand
Ancien interne à l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

DE LA DYSTOCIE
DUE A LA CONTRACTURE
DU
MUSCLE RELEVEUR DE L'ANUS

Président : M. BUDIN, professeur.

*Juges : { MM. NÉLATON, professeur.
THIÉRY et WALLICH, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical*

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900



621

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PARIS

JOUVE ET LOYRE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 19 juillet 1900, à 1 heure

Par Désiré DAVET

Né à Massiac (Cantal) le 10 juin 1874.

Ancien interne à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand
Ancien interne à l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

DE LA DYSTOCIE

DUE A LA CONTRACTURE

DU

MUSCLE RELEVEUR DE L'ANUS

Président : M. BUDIN, professeur.

*Juges : { MM. NÉLATON, professeur.
THIÉRY et WALLICH, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Docteurs.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUGHARD.
Pathologie médicale.		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.		HUTINEL.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie.		CORNIL.
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène.		LANDOUZY
Médecine légale.		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.		BRISAUD.
		CHANTEMESSE
Clinique médicale.		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		BERGER.
Clinique chirurgicale.		DUPLAY.
		LE DENTU
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique d'accouchements.		BUDIN.
		PINARD.
MM.		Agrégés en exercice.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE
ANDRÉ	FAURE	MARFAN
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER
BROCA (André)	TOURETTE	MERY
BHARRIN	HARTMANN	ROGER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER
	LEGUEU	THIERY
		THIROLOIX
		THOINOT
		VAQUEZ
		VARNIER
		WALLICH
		WALTHER
		WIDAL
		WURTZ

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Faible témoignage de reconnaissance pour
leurs grands sacrifices.*

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAGNON

Ghirurgien de l'Hôtel-Dieu

Professeur à l'Ecole de Médecine de Clermont

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Chevalier de la Légion d'honneur.
Professeur de clinique obstétricale à la
Faculté de médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE LA DYSTOCIE

DUE A LA CONTRACTURE

DU

MUSCLE RELEVEUR DE L'ANUS

AVANT-PROPOS

A la veille de terminer nos études médicales, c'est pour nous un devoir et une satisfaction de cœur d'adresser à nos maîtres dans les Hôpitaux un respectueux témoignage de reconnaissance, pour les conseils et les savantes leçons qu'ils nous ont prodigués.

Nous tenons, avant tout, à remercier M. le Dr Gagnon chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand. Il a dirigé nos premiers pas dans la pratique de l'art médical et nous a toujours entouré de sa bienveillante sollicitude, pendant nos deux années d'internat à l'Hôtel-Dieu de Clermont.

Nous tenons également à exprimer toute notre gratitude à MM. les Drs Dourif, Tixier, Planchard, Bide

Fouriaux, Lepetit, Dubois, qui ont été pour nous des maîtres excellents et des amis dévoués.

Que Monsieur le Professeur Budin, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, reçoive ici l'hommage respectueux de tout notre dévouement. C'est avec un vif intérêt que nous avons suivi son service à la clinique Tarnier. Ses hautes et savantes leçons cliniques, ses conseils, dictés par l'affection sincère d'un maître pour ses élèves, seront pour nous des guides précieux. En lui adressant notre gratitude nous regrettons de n'avoir pas à lui offrir un travail plus parfait et plus digne d'un aussi haut personnage.

A MM. les D^{rs} Demelin, Brindeau, Dubrisay, Chavannes, Perret, Planchon, à tous ces élèves et collaborateurs dévoués d'un même maître, nous adressons nos remerciements les plus sincères.

Enfin, qu'il nous soit permis de clore cette liste de maîtres vénérés en nous acquittant d'une grosse dette de reconnaissance, envers MM. les D^{rs} Lamarre, Lévêque, Grandhomme qui, pendant notre trop court passage à l'hôpital de St Germain-en Laye, nous ont prodigué leurs excellents conseils.

INTRODUCTION

La dystocie due aux parties molles a été depuis de longues années l'objet d'études approfondies. L'une d'elles, intimement liée à la résistance du périnée, a attiré tout particulièrement notre attention. Il nous a paru intéressant d'étudier, dans ce modeste travail de fin d'études, la dystocie particulière causée par la contracture du muscle releveur de l'anus.

Pour la plus grande clarté du sujet, nous l'avons divisé en plusieurs parties. Nous étudierons, tout d'abord, l'anatomie du plancher périnéal, et plus spécialement le muscle releveur de l'anus, au point de vue obstétrical. Puis, lorsque nous aurons établi qu'il existe une contracture physiologique ou pathologique du releveur de l'anus, en dehors de l'accouchement, nous montrerons que cette contracture joue quelquefois un grand rôle pendant la période d'expulsion et de ce fait, apporte un obstacle à la sortie spontanée du fœtus. Enfin, après avoir relaté les observations que nous avons pu recueillir à la clinique Tarnier, nous aborderons l'étude de la conduite à tenir dans le cas de cette dystocie toute spéciale.

ANATOMIE DU PLANCHER PÉRINÉAL OBSTÉTRICAL

On doit entendre, sous le nom de périnée, l'ensemble des parties molles qui ferment en bas la cavité pelvienne, c'est-à-dire le plancher du bassin. On y rencontre plusieurs plans superposés de muscles et d'aponévroses qui sont traversés par le rectum en arrière, par l'urèthre en avant chez l'homme et chez la femme par ces mêmes organes plus l'utérus et le vagin.

Dans un travail fort intéressant, publié en 1891 dans la *Gazette des Hôpitaux*, M. le Professeur Bonnaire a bien étudié le périnée obstétrical :

« Envisagé au point de vue topographique, le périnée obstétrical se divise en 3 régions. La région principale s'étend en surface de l'anus à la commissure de la vulve : elle répond à ce que les anatomistes ont coutume de considérer comme le périnée proprement dit. Les deux autres régions sont situées de part et d'autre de la précédente. L'une, en arrière, s'étend de l'anus à l'articulation sacro-coccygienne ; l'autre, antérieure, est le périnée vulvaire.

Pour se rendre un compte exact de la nature, du degré et du siège des résistances que doivent vaincre les forces expultrices, au niveau du plancher pelvien, on

doit recourir à l'analyse anatomique des éléments constitutants de ce plancher, et disséquer celui-ci, de sa face profonde sous-péritonéale à sa face superficielle cutanée, dans l'ordre même selon lequel s'étagent les obstacles qui retardent l'issue du fœtus.

Deux couches musculaires lâchement engainées de minces aponévroses se superposent pour constituer le plancher périnéal.

La couche musculaire profonde est constituée par les deux muscles releveurs de l'anus, prolongés en arrière par les deux ischio-coccygiens. En raison de leur disposition en entonnoir, ouvert largement en avant, pour laisser passer le vagin, et étroitement en arrière pour le rectum, et surtout, de la connexion intime de leurs fibres sur la ligne médiane, les quatre muscles doivent être considérés comme formant un septum unique, destiné à rattacher le périnée aux parois de l'excavation pelvienne. Le rôle de cette couche profonde est de telle importance, dans le phénomène de l'ampliation, qu'on nous excusera d'insister ici sur sa description anatomique et sur son action physiologique. Le premier auteur qui ait eu la conception précise de ce diaphragme musculaire est P. Dubois (*Traité de l'art complet des accouchements*, 1849). « Au point de vue de la part qu'ils prennent à l'accomplissement des excréments fécale et urinaire, dit cet auteur, la description collective de ces quatre muscles est déjà convenable parce que leur action est toujours simultanée et leur but et leurs effets communs. Au point de vue de leurs autres usages et en particulier du rôle qu'ils remplissent, à

l'égard de l'accouchement, cette communauté nécessaire et constante d'action est plus évidente encore. »

« Chacune des moitiés de ce septum musculaire s'attache à la concavité des parois pelviennes, suivant une ligne étendue en biais, d'avant en arrière et de haut en bas. Cette ligne part de la face postérieure du pubis, à 3 centimètres et demi au-dessous du bord supérieur de l'os; de là, elle se continue par la bandelette pubio-sciatique, épaissement de l'aponévrose de l'obturateur interne et répond ensuite à l'épine sciatique et au petit ligament sacro-sciatique. Elle offre une disposition semi-lunaire et passe, par sa partie moyenne, au-dessous de la ligne innominée.

Les fibres musculaires convergent en dedans sous forme d'éventail. Les antérieurs embrassent, à angle droit, comme d'un collier, les bords latéraux et la face postérieure du vagin. Les unes se fixent aux parois de ce canal; les autres s'entrecroisent avec celles du côté opposé. Les fibres latérales, d'une part s'entremêlent avec celles du rectum et du sphincter externe, d'autre part s'attachent au raphé fibreux ano-coccygien. Enfin les postérieures se fixent à la face antérieure du coccyx.

L'épaisseur du muscle va en augmentant d'avant en arrière. Comme l'a établi Schatz, son extensibilité et l'étendue de son ampliation suivent une marche inverse. Cette disposition tient à ce que les fibres sont d'autant plus longues qu'elles sont plus antérieures, et à ce que leurs insertions médianes sont aussi souples en avant qu'elles sont fermes en arrière. On peut à ce

point de vue diviser le diaphragme musculaire profond en trois systèmes : ischio-coccygien, pelvi-ano-coccygien, et pelvi-périnéal, qui s'emboîtent concentriquement d'avant en arrière.

Le système ischio-coccygien épais, à fibres courtes et demi-tendineuses, grâce à ces insertions médianes osseuses, forme un segment très peu extensible. Aussi l'ampliation du périnée se réduit-elle presque en ce point à la rétropulsion du coccyx. Elle fait défaut quand il existe une ankylose de cet os, et cette anomalie entraîne un excès de distension complémentaire et préjudiciable des segments musculaires anté-jacents.

Attaché en dedans à un raphé fibreux et au pourtour de l'anus, le système moyen est déjà beaucoup plus dépressible. Le déplissement de ces fibres se traduit par la projection de l'anus en avant et par la surdistension de cet orifice.

Le système antérieur, essentiellement charnu, sans interposition d'aucune travée fibreuse, est le plus distendu et le moins résistant. Il constitue le siège d'élection le plus commun des ruptures musculaires interstiellées ou cruentées. Par sa tonicité, le muscle releveur de l'anus est l'agent principal des mouvements de va et vient qu'exécute la tête fœtale au cours de l'ampliation. »

Dans leur Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements, MM. Farabœuf et Varnier ont décrit d'une façon plus schématique ce qu'ils ont appelé la filière vagino-périnéo-vulvaire.

« A l'orifice inférieur de l'excavation, est comme

appendu un entonnoir membraneux, ou infundibulum périnéo-vulvaire, qui constitue pour le fœtus une filière de parties molles et que par antithèse on appelle souvent bassin mou, bassin dilatable.

L'embouchure de cet entonnoir est formée par les insertions du plancher périnéal musculaire, c'est-à-dire du releveur de l'anوس et de l'ischio-coccygien, dont l'ensemble mérite le nom de releveur coccyx-périnéal.

Cette embouchure correspond et s'attache à l'orifice inférieur de l'excavation, à laquelle l'infundibulum périnéo-vulvaire fait suite : c'est dire, que, de chaque côté, le bassin mou est fixé au contour qui va de la partie basse du corps du pubis à la pointe sacrée, en passant par l'épine sciatique, et que, le coccyx en fait partie. A l'état normal, celui-ci joue le même rôle que le raphé d'insertion coccyx-anal, puisqu'il est mobile quoique osseux.

Donc, de chaque côté, sur la ligne intérieure et tendue de l'épine sciatique à la partie basse du pubis, des faisceaux musculaires s'insèrent, qui se portent, en arrière et en bas, vers le bord du coccyx, et vers le raphé périnéal, pré-coccygien ou ano-coccygien. Il en résulte un diaphragme, ou plancher pelvien musculaire, concave en haut, infundibuliforme, ouvert d'une large fente antérieure où passent l'urèthre, le vagin, le rectum, et que doit forcer et traverser le fœtus, avant d'aborder la vulve.

Cette fente peut être appelée pubo-coccygienne, car la majeure partie des faisceaux du muscle releveur se concentrent vers la pointe du coccyx. C'est le détroit

supérieur du canal moudilatable périnéo-vulvaire dont le détroit inférieur est l'orifice vulvaire. Mais les accoucheurs, parlant relativement au bassin osseux, ont l'habitude de l'appeler détroit inférieur. Il faut s'y conformer.

Sa dilatabilité antéro-postérieure est limitée par le degré de rétroflexibilité du coccyx. En avant, sa dilatabilité transversale lui permet d'égaliser la largeur de l'arcade osseuse des pubis qui l'encadre. En arrière, elle pourrait être plus considérable, mais la masse graisseuse de la fosse ischio-anale permet rarement au releveur de l'anus de s'accoler au grand ligament sacro-sciatique, et à la tubérosité de l'ischion.

À l'état de repos, avant l'arrivée du fœtus, le détroit inférieur pubo-coccygien a la forme d'une fente large, mais beaucoup plus longue qu'elle n'est large ».

Le bassin mou est donc fermé en bas par un muscle qui a reçu diverses appellations. Les anciens auteurs l'appelaient le muscle releveur de l'anus, plus récemment MM. Farabeuf et Varnier l'ont appelé le muscle releveur coccy-périnéal. Nous lui conserverons sa première dénomination, en nous souvenant, toutefois, qu'une dissection attentive peut donner à ses fibres des directions et des groupements divers, mais que, prises en bloc, elles doivent être considérées comme formant un muscle, qui, d'une ligne étendue de l'épine sciatique au bord inférieur du pubis, irait s'insérer sur le coccyx et le raphé périnéal, entre la vulve et l'anus.

DE LA CONTRACTURE DU MUSCLE RELEVEUR DE L'ANUS EN DEHORS DE L'ACCOUCHEMENT

La littérature médicale abonde peu en faits de ce genre. Le premier que nous puissions rattacher à notre sujet est relaté en 1860 par Scanzoni, dans son *Traité pratique des organes sexuels de la femme* :

« Veut-on connaître notre opinion sur la cause de la stérilité dans le vaginisme ? A notre avis, elle réside dans le rétrécissement de l'orifice vaginal, produit par les contractions spasmodiques du sphincter. Ces contractions ne se passent point seulement dans le sphincter du vagin, elles gagnent d'autres parties du pudendum, notamment les fibres du releveur de l'anus qui l'avoisinent, et les points du vagin où ce canal, traversant les aponévroses pelvienne et recto-vaginale, en reçoit des prolongements. Ces parties éprouvent, pendant le coït, une contraction spasmodique, qui bien souvent persiste après la consommation de l'acte, et non seulement elle apporte une grande difficulté à l'entrée du sperme dans le vagin, mais on peut supposer qu'elle repousse violemment la moindre quantité de semence qui a pu y pénétrer ».

Dans une thèse parue en 1870 (Visca, *Du vaginisme*, thèse de Paris) nous pouvons, à propos d'une division

du vaginisme, recueillir les quelques lignes suivantes :

« On a trouvé que, quelquefois, les symptômes du spasme vaginal se passent seulement dans la moitié supérieure de ce conduit ; douleur et coït difficile, impossible même ; le doigt pénètre difficilement dans cette portion du vagin ; on sent le spasme, et on n'arrive au col utérin qu'en déterminant des douleurs atroces ; tandis que les symptômes à la région vulvaire et à la moitié inférieure du vagin sont peu accusés ou complètement nuls ».

Le Professeur Péan avait, à cette même époque, étudié ce vaginisme spécial qu'il appelait le vaginisme supérieur. Nous avons trouvé de lui une observation que nous nous permettrons de citer :

« Je fus consulté, en 1869, par Mme P.... Cette femme est mariée depuis sept ans, et raconte qu'elle vit avec son mari, comme frère et sœur, car tout rapprochement conjugal a été jusqu'à présent impossible, les souffrances étant trop grandes et avec irradiations à l'hypogastre. Elle avait essayé beaucoup de traitements, qui n'ont rien fait, et même quelques topiques n'ont pu être supportés, à cause de la grande souffrance qu'ils provoquaient. Elle avait une toux nerveuse qui l'incommodait beaucoup, plus un découragement extrême ; le tube digestif était très dérangé, surtout par effet moral. Stérilité absolue.

Par le toucher, j'ai pu constater que le sphincter vaginal n'opposait aucune résistance ; mais arrivé à la moitié supérieure du vagin, j'ai trouvé une résistance considérable, le doigt est comme serré ; j'arrivai pour-

tant au col de l'utérus, qui était moins douloureux. Je diagnostiquais un vaginisme supérieur.

Elle refusa l'anesthésie. Les émollients et les calmants n'ont rien fait. Puis je fis la dilatation brusque du vagin avec les doigts et le spéculum à valves. Il survint des syncopes, se répétant pendant deux ou trois jours, plusieurs fois chaque jour. Je l'ai traitée par des tampons d'ouate, dont j'augmentais le volume successivement, quelques topiques, poudre, etc. Elle guérit après quelques semaines de traitement ».

(Observation communiquée par M. Péan.

In Visca : Du vaginisme. (Thèse de Paris 1870).

En 1872 Hildebrandt rapportait un fait analogue. L'observation qui suit, tirée de : *Ueber Krampf des Levator Ani beim Coïtus in Archiv. f. Gynaek*, 1872 a été recueillie par M. le Professeur Budin en 1881 dans un travail sur lequel nous aurons fréquemment l'occasion de revenir.

« Mon patient, dit Hildebrandt, qui fut surpris d'une façon si désagréable, n'est plus un jeune homme bien qu'il soit encore vert et passionné. Sa jeune femme avec qui il est marié depuis un an, est très facilement excitable, et me paraît d'un tempérament érotique. Etant jeune fille, elle avait déjà souffert de douleurs utérines, qui se sont accrues d'une façon continue, depuis le mariage, sans empêcher toutefois les rapprochements sexuels, qui n'étaient jamais douloureux. Au printemps, on lui avait fait commencer un traitement, pour

les troubles utérins qu'elle ressentait : la sonde, le spéculum, l'éponge préparée, les tampons imbibés de glycérine etc., furent employés, et autant que je puis croire, trop souvent, sans ménagements, sans habileté, de sorte que, chez cette jeune femme nerveuse, l'excitabilité, qui existait déjà, ne cessa de s'accroître, de semaine en semaine, au point qu'elle fondait en larmes pour le motif le plus futile.

Pendant ce traitement, et malgré cette grande surexcitabilité nerveuse, le coït fut une fois pratiqué.

Mon patient racontait en quelques mots l'aventure qui lui arriva, un soir, qu'étant moins mal que d'habitude, sa femme se sentait très excitée. Juste au moment où il croyait terminer un coït, jusque là régulier, il sentit tout à coup sa verge, ou, pour mieux dire, son gland retenu fortement au fond du vagin, étreint et comme emprisonné dans un anneau, le membre viril se trouvant tout entier dans le vagin. Chaque tentative qu'il faisait pour s'échapper restait infructueuse. En faisant des efforts pour se séparer, les deux époux éprouvèrent de vives douleurs. L'excitation, la crainte, les essais répétés les mirent en sueur et malgré tout il leur fallut avoir la patience d'attendre. Enfin, au bout de combien de minutes ? le mari ne pouvait le dire, car le temps de son emprisonnement lui avait paru interminable, l'obstacle disparut de lui-même : il était libre. En examinant la femme plusieurs semaines après, je ne constatai rien d'anormal, sauf un certain degré d'antéflexion de l'utérus hypertrophié ».

Hildebrandt conclut de cette observation qu'un seul

muscle est capable d'une contraction si brusque et en même temps si puissante : ce muscle est pour lui le releveur de l'anus.

En 1881, sous la signature de M. Budin, alors chef de clinique, paraissait un intéressant travail sur le releveur de l'anus chez la femme. Dans son livre, *Obstétrique et Gynécologie*, publié en 1886, M. Budin reprenait son sujet et le complétait par de nouvelles observations. A ces deux études nous ferons de larges emprunts, elles ont été le guide directeur de notre thèse et l'on nous pardonnera de citer intégralement les observations qu'elles contiennent.

La première observation de M. Budin remonte en mai 1879 :

« Je fus appelé, un jour, par un étudiant en médecine de mes élèves pour voir sa maîtresse, Lucie G... qui faisait une fausse couche. Lorsque je pratiquai le toucher, je me trouvai comme arrêté momentanément, par une sorte de rétrécissement qui existait en arrière de l'orifice du vagin. J'en fus d'autant plus surpris que cette femme était déjà accouchée deux fois à terme. Quelques mois plus tard, elle vint me consulter parce qu'elle souffrait du côté des organes génitaux : elle avait la syphilis, des plaques muqueuses existaient autour de la vulve et de l'anus.

Après avoir introduit un spéculum de Fergusson pour voir s'il existait quelque lésion du côté du col utérin ou de la muqueuse vaginale, je le retirai en le laissant glisser doucement, lorsque, sans que la femme parut faire un effort, mon spéculum fut brusquement

projeté au dehors, et il fut tombé par terre si je ne l'avais, pour ainsi dire, rattrapé au vol. Très surpris et me rappelant l'obstacle que j'avais trouvé lors de mon premier examen, je pratiquai de nouveau le toucher avec soin. Je pus alors constater qu'à certains moments, survenait une contraction assez forte, qui rétrécissait le canal du vagin. Il se formait un cercle de consistance fibreuse, un véritable anneau, à 2 centimètres environ en arrière de l'orifice vaginal. Ayant vu que ces contractions pouvaient se produire sous l'influence de la volonté, je priai Lucie G... de les renouveler et de les faire persister un certain temps, pendant que je l'examinais. Au-dessus de l'anneau, les parois du vagin étaient souples, extensibles, et je pus en recourbant le doigt en crochet étudier comment se formait cet anneau. Il n'y avait pas seulement un cercle limité, mais, à sa périphérie, il se formait une véritable surface plane et résistante : le doigt pouvait passer en avant sur cette surface plane et arriver avec elle jusque derrière la symphyse. De la face postérieure du pubis, il suivait, à droite, la circonférence du muscle, qui, faisant le tour de l'excavation pelvienne croisait le trou obturateur, la face interne de l'ischion, et s'étendait en arrière jusqu'aux bords du coccyx et du sacrum. La même disposition existait du côté gauche, si bien que, non seulement il se formait un cercle, un anneau rétrécissant le vagin, ce qui était le fait le plus marquant, mais qu'encore tout le plancher pelvien semblait soulevé, pendant une contraction volontaire. La contraction cessant, l'anneau disparaissait

complètement, et le périnée, redevenu souple, se laissait facilement déprimer.

La patiente étant un peu fatiguée par cet examen, je la priai de revenir me voir la semaine suivante. Il était évident que la formation de cet anneau et l'élévation du plancher du bassin qui survenaient sous l'influence de la volonté, étaient la conséquence d'une contraction musculaire ; et en réfléchissant, je pensai que le seul muscle qui put donner ces résultats était le muscle releveur de l'anus, beaucoup plus développé chez cette femme qu'il ne l'est habituellement.

L'anneau qui se formait autour du vagin siégeait, je l'ai dit, à 2 centimètres environ de son orifice antérieur ; du reste en interrogeant cette femme, j'appris que chez elle les premiers rapports sexuels avaient été relativement faciles et non douloureux ; elle n'avait pas perdu de sang. Les choses s'étaient passées si simplement que son amant avait mis en doute sa virginité, et cependant elle m'assura qu'elle ne s'était livrée à aucune manœuvre qui eut pu dilater l'orifice vaginal. Elle avait fait par la suite, quelques remarques assez singulières : elle pouvait, pendant les rapports sexuels en se contractant fortement empêcher la sortie du membre viril ; d'autre part, quand elle avait eu quelque brouille avec son amant, et qu'elle le boudait, s'il désirait avoir des rapprochements sexuels, elle paraissait s'y prêter de bonne grâce, mais, sans en avoir l'air, elle se contractait ; il avait alors beau faire il ne pouvait pénétrer dans le vagin ; il trouvait porte close.

Devenue enceinte, sa grossesse fut normale, mais elle

eut un accouchement fort laborieux, ce ne fut qu'après trois jours de douleurs très vives et de violents efforts quelle fut enfin délivrée. Après ce premier accouchement, elle pouvait encore, suivant son expression « serrer » pendant les rapports sexuels, mais avec moins de force. Devenue enceinte une seconde fois elle était accouchée plus facilement. Elle assure que la puissance de contraction qu'elle possède et dont elle fait souvent usage, est beaucoup moins grande maintenant qu'autrefois.

De nouveaux examens me donnèrent absolument les mêmes résultats. Je restai convaincu qu'il s'agissait bien là du muscle releveur de l'anus, dont certaines fibres, surtout celles qui entourent le vagin, présentaient un développement exagéré ».

La même année M. Budin eut l'heureuse fortune de recueillir l'observation suivante :

« La nommée Louise Désirée B... âgée de 20 ans, couturière, entre à la clinique d'accouchements de la faculté de Paris le 1^{er} octobre 1879. Cette jeune femme, enceinte pour la première fois, est parvenue au terme de sa grossesse. Le soir même de son arrivée, je la fis d'abord examiner par un de mes élèves, médecin étranger, qui en voulant pratiquer le toucher, rencontra des difficultés telles qu'il crut, sans y réfléchir davantage, à un rétrécissement considérable du détroit inférieur. Je l'examinai à mon tour : en introduisant le doigt dans les organes génitaux, on trouvait, après avoir franchi l'orifice vaginal, qu'il existait une bande de tissu très résistant. Deux doigts, l'index et le médius,

ne purent être introduits ensemble qu'avec peine : une fois qu'ils eurent pénétré, je priai la malade de serrer comme on le fait quand on a fini d'aller à la garde-robe.

Je constatai alors une contraction énergique : les doigts étaient fortement appliqués contre le bord inférieur de la symphyse pubienne, en même temps qu'ils étaient comprimés, de toutes parts, par un véritable cercle. Lorsque la malade cessait de se contracter, la pression disparaissait. On fit coucher la femme sur le côté gauche ; on introduisit le doigt dans le vagin et on chercha, avec l'extrémité de l'index, à reconnaître la pointe du coccyx. On y arriva et on put, pendant la contraction, sentir tout le plancher périnéal qui se soulevait, en même temps que l'anneau du vagin se resserrait considérablement. On put aussi, pendant la contracture, sentir, à l'aide du doigt recourbé, les fibres musculaires qui faisaient en haut des saillies longitudinales : elles allaient en avant, s'insérer derrière la symphyse pubienne ; on les suivait, sur les côtés, jusqu'au niveau de l'arcade fibreuse qui croise le muscle obturateur interne et on arrivait avec elles en arrière jusque sur le coccyx.

Tous ces caractères, ainsi que la distance qui séparait, de l'orifice vaginal, l'anneau formé pendant la contraction, montraient bien qu'il s'agissait là du muscle releveur de l'anus : telle fut également l'opinion de M. le Dr Charpentier qui remplaçait alors M. le Professeur Depaul et à qui nous avons fait constater ces particularités ».

Ces deux observations sont assez concluantes par elles-mêmes. Nous en relaterons cependant une troisième, puisée dans le même travail de M. Budin.

Il s'agissait d'une dame âgée de 30 ans. Cette dame, mariée depuis deux ans, n'avait pu avoir qu'une seule fois des rapports sexuels au prix de douleurs atroces et n'avait jamais voulu autoriser son médecin à pratiquer le toucher vaginal.

« Après quelques hésitations, écrit M. Budin, elle m'autorisa à pratiquer le toucher. Le doigt traversa l'orifice vaginal sans difficulté mais sentit, un peu au-dessus et en arrière, un anneau étroit qu'il franchit avec peine. La douleur déterminée à ce moment fut très vive. Le doigt arriva au fond du vagin et explora le col.

En retirant doucement le doigt, on sent un anneau qui le serre et qui l'applique contre la symphyse pubienne. Il existe, en arrière, non pas seulement une corde, mais un véritable plancher. Du reste, quand l'index introduit dans le vagin, est laissé immobile, il n'y a presque plus de douleurs, et la contracture est alors moins forte. Je recommande à Mme X. de serrer comme quand elle a fini d'aller à la garde-robe, ou quand on veut couper le bol fécal, je sens alors, très nettement, le muscle releveur de l'anus qui se contracte et se soulève tout entier : c'est bien le même muscle qui, quand on introduisait ou retirait l'index, quand on frottait, par conséquent, sur les parois du vagin, comprimait très fortement le doigt. Mme X... éprouvait alors une véritable sensation de brûlure, au niveau de

la contracture. Ce n'était pas seulement en arrière qu'existait cette contracture, mais aussi, en avant, de chaque côté, et de plus à une certaine hauteur, à 2 centimètres environ de l'orifice vaginal ».

De ces observations M. Budin conclue :

« Il n'y a évidemment qu'un seul muscle, le releveur de l'anus, lorsqu'il est très développé chez certaines femmes, qui puisse en se contractant, sous l'influence de la volonté, soulever ainsi le plancher du bassin et former un véritable anneau autour du vagin, à une certaine distance, au-dessus de son orifice. Le siège du *constrictor cunni* est différent; ses fibres sont en général assez faibles et leur direction n'est pas la même. Du reste la disposition des faisceaux musculaires, qu'on sent se contracter sous le doigt, rappelle la direction des fibres du muscle releveur de l'anus et leur mode d'insertion aux parois du bassin ».

Cette contracture du muscle releveur de l'anus étant démontrée, il nous reste à rechercher quel est le mécanisme de sa production.

Savage, un des premiers, dans sa *Surgical Anatomy of the female pelvic organs*, chercha à établir quel était le muscle qui, par sa contraction, produisait ce spasme vaginal. De ses études il concluait que la contraction de l'anneau vaginal n'était pas produite par le muscle *constrictor cunni* mais bien par le muscle pubio-coccygien qui n'est autre chose que les faisceaux pubiens du muscle releveur de l'anus.

Hildebrandt donna du phénomène une double explication. Les faisceaux musculaires pourraient se con-

tracter de deux façons. D'un côté ils rapprocheraient la paroi postérieure du vagin et le rectum de la symphyse ; d'autre part, augmentant d'épaisseur et diminuant de longueur, ils rétréciraient le vagin de droite à gauche. Ainsi le muscle releveur de l'anus n'agirait pas comme un anneau musculaire, il ne saurait brider le vagin comme le fait le *constrictor cunni*.

M. Budin reprit la question et l'étudia au point de vue expérimental. Ces expériences méritent d'être citées intégralement.

« Nous avons fait fabriquer, dit-il, des cylindres en cire à modeler, longs de 12 centimètres environ, ayant un diamètre un peu moins considérable à une de leurs extrémités, qui était arrondie, qu'à l'autre extrémité, qui était plane, et en formait pour ainsi dire la base. Le diamètre moyen du corps de chaque cylindre était de 37 millimètres ; la circonférence était de 11 centimètres $1/2$. Un fil de laiton, plié en double suivant toute la longueur du cylindre et sortant au niveau de sa base, offrait une prise solide pour l'introduire dans les organes génitaux et pour l'en extraire.

Après avoir enduit les cylindres d'un corps gras, nous plaçons la femme sur le dos, comme quand on veut faire un examen avec un spéculum bivalve. Les muscles du périnée étant dans un relâchement complet, nous introduisons le cylindre dans le vagin, comme on introduit un spéculum plein, et quand il était bien placé, nous demandions à la femme de se contracter aussi fortement que possible. La contraction déterminait une impression sur la cire : la femme met-

tant de nouveau ses muscles dans le relâchement, nous pouvions retirer le cylindre sans difficultés. Il existait alors sur la cire un cercle complet.

Chez la nommée Lucie G..., la contraction avait agi principalement dans le sens antéro-postérieur, de sorte qu'en avant, le bord inférieur de la symphyse et le ligament triangulaire avaient surtout imprimé leur trace sur la cire à modeler. Sur les côtés et en arrière, le sillon était au contraire peu profond, bien qu'apparent, ce qui était dû sans doute à ce que les faisceaux musculaires formaient une bande assez large.

Les mêmes recherches ont été faites sur la nommée Louise Désirée B... qui était enceinte. La contraction chez elle était plus puissante encore. Elle formait un cercle assez régulier qui ne rappelait nullement la forme décrite par Hildebrandt comme devant résulter de la contraction des faisceaux du muscle releveur de l'anus.

Ces expériences montrent bien que la paroi postérieure du vagin est, au moment de la contraction, entraînée d'arrière en avant, qu'elle est rapprochée de la symphyse pubienne. Il y a donc un véritable anneau péri-vaginal.

Chez un certain nombre de femmes nous avons trouvé le muscle releveur de l'anus assez développé, mais agissant d'une façon différente. Au moment de la contraction, il ne formait pas un cercle, un anneau limité autour du vagin, mais toute la paroi postérieure de ce canal, formant comme une large sangle, était soulevée sur une grande hauteur et rapprochée de la

paroi antérieure. C'est à cette disposition que Sims a fait nettement allusion dans ses notes cliniques sur la chirurgie utérine (1866). Le muscle constricteur supérieur du vagin, qu'il décrit, n'est certainement pas autre chose que le muscle releveur de l'anus, muscle qui peut se contracter sous l'influence de la volonté, mais que le plus souvent, la femme contracte, sans en avoir conscience, pendant les rapports sexuels.

Il est probable que si, chez les femmes qui possèdent un muscle releveur de l'anus bien développé, on obtient deux variétés différentes dans la contraction, cela tient à ce que le développement porte, plus particulièrement dans chacune d'elles, sur certains faisceaux du muscle. La formation d'un véritable anneau, autour du vagin, serait surtout la conséquence du développement exagéré de la partie appelée par Savage, muscle pubio-coccygien et en particulier des faisceaux qui se croisent entre le rectum et le vagin. Lorsque, au contraire, la paroi postérieure du vagin est, comme l'a noté Sims, portée en avant sur une assez grande étendue et rapprochée de la paroi antérieure, ce seraient les fibres du muscle obturato-coccygien et surtout celles du muscle ischio-coccygien qui seraient très développées et iraient s'insérer assez haut en arrière, sur les bords du sacrum. »

Il existe donc deux sortes de contracture du muscle releveur de l'anus. Dans le chapitre suivant, à la lecture des observations nous retrouverons cette division. Dans la contracture du muscle releveur de l'anus liée plus spécialement à l'accouchement, tout aussi bien

que dans la contracture en dehors de l'accouchement nous verrons le muscle former, tantôt une corde, une barre, tantôt un plancher. Nous nous hâterons d'ajouter que si cette division peut être intéressante au point de vue anatomique ou même pathogénique, elle n'aura aucune influence sur le mode d'intervention. Dans l'un ou l'autre cas le traitement sera le même.

DE LA CONTRACTURE DU MUSCLE

Releveur de l'anus pendant l'accouchement.

La résistance due aux parties molles a été signalée depuis déjà bien longtemps. Dans le *Traité des accouchements* de Puzos, paru en 1759, nous pouvons lire en effet :

« Les parties extérieures forment quelquefois, par la résistance qu'elles opposent au passage de l'enfant, un obstacle capable de retarder l'accouchement. Cela s'observe particulièrement dans les femmes fortes et musculeuses, dont les chairs sont fermes et compactes, surtout si elles sont déjà avancées en âge, lorsqu'elles accouchent pour la première fois. »

En 1856 Cazeaux, dans son *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, étudie également la résistance due au périnée.

« Il est très fréquent, surtout chez les primipares fortes et bien musclées, ou douées d'un grand embonpoint, de voir le travail marcher d'abord très régulièrement, la tête franchir le col, descendre dans l'excavation jusqu'à ce qu'elle repose sur le plancher du bassin, puis tout-à-coup être complètement arrêtée. Les efforts utérins luttent d'abord avec énergie ; mais malgré leur violence la tête peut rester là pendant

plusieurs heures sans avancer d'un millimètre. Cette résistance du périnée est évidemment due à la contraction trop violente des fibres musculaires qui entrent dans sa composition, ou à la présence d'une trop grande quantité de tissu adipeux, qui rend cette paroi du bassin trop peu extensible pour permettre le dégagement de la tête. »

Mais c'est seulement en 1874, dans la *Gazette des Hôpitaux*, que nous trouvons publiée par Revillout, une observation très nette de dystocie, due à la contracture du muscle releveur de l'anus :

« Il y a trois ans environ une femme, jeune encore, primipare, très bien musclée, était entrée à l'Hôtel-Dieu pour y faire ses couches.

Comme le travail se prolongeait, l'interne de service pensa qu'il y avait lieu de recourir à une application de forceps. En conséquence il introduisit les branches de l'instrument et, paraît-il, n'éprouva aucune difficulté pour le faire. La tête était encore au détroit supérieur. Les premières tractions furent inefficaces et, n'osant insister, le jeune opérateur crut devoir recourir aux lumières d'un accoucheur de profession. Avant de le faire il eut soin de retirer les branches du forceps. Cet accoucheur, homme très distingué à tous égards, et dont le nom fait autorité, arriva trois quarts d'heure plus tard environ. Il voulut, lui aussi, terminer l'accouchement par le moyen des fers, mais, quand il essaya, à son tour, d'introduire une des branches de l'instrument, la chose lui fut impossible. Un peu en dessous de l'utérus, le vagin était divisé en deux parties, pour ainsi dire,

par une sorte de bride, qui s'étendait de chaque côté, d'avant en arrière, à peu près perpendiculairement à l'axe du corps. Quelle pouvait être la nature de cette double bride? L'accoucheur en renom jugea qu'elle devait être cicatricielle. Et malgré les affirmations répétées du jeune interne, il se refusa à admettre que l'introduction du forceps eût été possible moins d'une heure plus tôt.

Du moment où l'obstacle était considéré comme le résultat de cicatrices la conduite à tenir était toute tracée. On ne devait pas espérer de le voir céder de lui-même, car les tissus inodulaires ne se prêtent pas à une dilatation physiologique. Le mieux était donc de recourir à l'instrument tranchant, sans plus tarder.

On fit, de chaque côté du vagin, une longue incision parallèle à l'axe de ce canal, et par conséquent à peu près perpendiculaire à la base des deux replis en question. L'enfant fut alors retiré sans difficulté.

Trois jours après, la femme mourut. L'autopsie fut faite, avec grand soin ; j'y assistai. On trouva du pus dans les sinus de l'utérus, dans les veines du petit bassin, ce qui expliquait l'issue funeste. Mais quant à des brides cicatricielles ou autres, on n'en rencontra pas la moindre trace : le vagin était sain et tout à fait normal. Autour des plaies, aucune saillie, aucun relief, n'expliquait la nécessité dans laquelle on s'était trouvé de pratiquer de larges débridements à droite et à gauche.

On ne pouvait pourtant pas admettre que l'accoucheur se fût trompé, en croyant sentir un double obsta-

cle, un double repli fortement tendu, fermant en partie le vagin comme une cloison incomplète, vers la moitié de sa hauteur. Avant d'y porter le bistouri, il l'avait fait toucher par l'interne, qui, malgré son étonnement, avait dû se rendre à l'évidence.

Mais maintenant, il était certain qu'il s'était agi d'un phénomène momentané, dont le mécanisme de production semblait nécessiter l'hypothèse d'une contraction ayant siégé dans quelque faisceau musculaire.

Appartenait-il au vagin lui-même ou bien se trouvait-il extérieur à lui ?

Il était peu probable que ce fût une partie de la tunique musculaire du vagin, car une contracture des fibres musculaires de cet organe aurait produit une constriction circulaire et non bilatérale.

Or, en dehors du vagin, les auteurs ne donnaient, à ce niveau, aucun muscle qui pût produire un étranglement. Aussi, pour le moment, le problème se posait, sans qu'on pût entrevoir encore une solution. Le fait paraissait exceptionnel, sans analogue ; mais une fois que j'eus l'attention éveillée sur ce point, l'occasion se présenta vite de faire des rapprochements utiles.

Peu de temps après, je fus consulté par une femme, qui, bien qu'ayant eu des enfants, se plaignait d'une sorte de vaginisme intermittent pour ainsi dire. A certains jours, les rapprochements sexuels devenaient pénibles ; le membre viril faisait l'effet d'un corps beaucoup trop volumineux, bien qu'en général le vagin fût d'une capacité pour le moins suffisante.

Cette sensation désagréable n'existait pas seulement

à l'orifice vulvaire, élargi du reste par une ancienne déchirure du périnée, mais encore et principalement beaucoup plus haut dans le vagin.

Pensant à une contracture analogue à celle qui s'était produite chez la malade de l'Hôtel-Dieu et ne trouvant d'abord rien d'anormal, je dis à cette femme de faire effort pour serrer mon doigt si elle le pouvait.

En effet je sentis alors, très distinctement, à 5 centimètres, environ, de profondeur, un peu au-dessous du col de l'utérus et des culs-de-sac vaginaux, une double bride assez saillante se dessiner sur les côtés, en même temps que la partie inférieure du vagin se resserrait un peu ».

Et de ces deux observations, Révillout tire les conclusions suivantes :

« Cette contracture est due aux faisceaux moyens du muscle releveur de l'anus qui sont de puissants constricteurs du vagin.

En se contractant ils font l'effet de ces cordons passés dans les anciennes bourses, et qui, tirés de chaque côté, les refermaient.

Chez la femme, la contraction de ces faisceaux puissants doit étrangler la partie moyenne du vagin et c'est certainement là ce qui est survenu chez les deux malades dont j'ai plus haut raconté l'histoire ».

Quelques années plus tard F. Benicke publiait, *in Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynæk*, 1878, un travail sur le même sujet. L'observation qui suit, traduite en français par M. Budin, est extraite de son travail sur la contracture du releveur de l'anus :

« La femme K, dit Benicke, âgée de 25 ans, assez forte, assure que depuis sa jeunesse elle a souffert d'une grande sensibilité des organes génitaux externes. Elle était mariée depuis plusieurs années. Les rapports sexuels, en raison des douleurs très vives qu'ils déterminaient, ne pouvaient être qu'imparfaits ; dès les premières approches de son mari elle éprouvait un sentiment d'angoisse. Le mari raconte que, profitant un jour de ce que sa femme était profondément endormie, il put accomplir le coït. La conception s'ensuivit. La grossesse fut normale. Le 2 février au soir, apparurent les premières douleurs. Le liquide amniotique s'écoula dans la nuit du 2 au 3. Dans la journée du 3, le travail fit à peine quelques progrès : on vint alors demander du secours à la Polyclinique. Le praticien qui avait été envoyé arriva bientôt, en disant que l'examen avait été presque impossible, à cause d'une contraction persistante du vagin, que l'orifice utérin semblait complètement dilaté, que l'accouchement ne faisait aucun progrès, et que la parturiente était dans un grand état d'excitation.

Lorsque j'arrivai près de cette dernière, je constatai que le vaginisme était en effet très prononcé. L'approche du doigt, qui devait pratiquer le toucher, suffisait pour déterminer un sentiment d'angoisse ; les genoux étaient alors rapprochés l'un de l'autre avec une force telle que le bras de la personne qui voulait faire l'examen se trouvait complètement emprisonné.

Il fallut toute la puissance de volonté de la parturiente pour qu'elle put écarter peu à peu les genoux.

On finit, avec beaucoup de peine, par constater que la dilatation de l'orifice utérin était presque complète et que la tête se trouvait profondément engagée dans le bassin. Le vagin se contractait fortement sur le doigt, la paroi postérieure était surtout dure et tendue. Après avoir fait une injection de morphine, j'ordonnai de donner encore de l'opium pendant les heures suivantes, afin d'amener un peu de calme. La situation resta la même. Les contractions bien que fortes étaient complètement inefficaces, probablement à cause des douleurs considérables que déterminait la pression exercée par la tête : celle-ci reposait sur le plancher du bassin, mais n'avancait pas. Les choses en étaient là, lorsque je revis la patiente à 3 heures du matin, le 4 février. De l'orifice externe il ne restait plus qu'un petit bourrelet, fait sur la tête par la lèvre antérieure. La parturiente était épuisée, excitée à un haut degré ; le poulx était petit, fréquent. Il me parut indiqué de terminer l'accouchement ; je crus en outre que sous l'influence de la narcose chloroformique, la contracture et par conséquent l'obstacle qui existait du côté des parties molles, disparaîtrait. Je me résolus à appliquer le forceps. La narcose chloroformique dut être très profonde, sans cela les cuisses se rapprochaient immédiatement dès qu'on touchait les organes génitaux. Pendant l'introduction des cuillers, qui fut très facile, je fus frappé de l'état de tension des muscles du plancher pelvien et en particulier du releveur de l'anus.

Les forceps était bien solidement appliqués ; cependant lorsque le bourrelet formé par la lèvre antérieure

du col eût remonté au-dessus de la tête, je ne réussis pas, malgré des tractions puissantes et répétées, à dégager la tête : elle resta immobile sur le plancher du bassin, l'occiput se trouvant sous la symphyse. Malgré le déploiement d'une force assez considérable, elle ne s'abaissa pas d'un centimètre, soit qu'on tirât directement en bas, soit qu'on élevât peu à peu les branches de l'instrument. Il me sembla alors qu'il ne restait plus autre chose à faire que la perforation, bien que l'enfant fût vivant. Le forceps ne me permettait pas d'arriver au but qui devait être atteint et il n'y avait sans doute rien à attendre d'une expectation plus prolongée. Je fis la perforation avec le trépan et j'appliquai le cranioclaste sur le front. L'extraction de la tête perforée fut encore très difficile ; elle sortit lentement en se dégageant suivant sa longueur, comme si elle avait passé à travers un bassin généralement rétréci. On rencontra de semblables difficultés pour opérer le dégagement des épaules. Malgré les fortes tractions opérées, sur la tête, elles ne s'abaissèrent pas, l'introduction du doigt dans l'aisselle placée en arrière, fut presque impossible, à cause de la résistance des parties molles. On finit par réussir, avec le crochet mousse à amener le bras droit au dehors, et en exerçant sur lui des tractions, à compléter la sortie du fœtus. La délivrance fut faite par expression. A l'exception d'une déchirure superficielle du périnée de deux centimètres de longueur, les parties molles étaient complètement intactes. Aussitôt après la délivrance on lava la cavité

utérine avec une solution phéniquée. Les suites de couches furent normales.

Quelque temps après, cette femme se présente à la clinique. Le vaginisme persistait. Pour l'examiner, il fallut la plonger dans la narcose chloroformique. On ne trouva rien de particulier. »

La contracture du muscle releveur de l'anus peut donc mettre obstacle à l'accouchement. Les observations que nous allons citer et qui ont été publiées par M. Budin dans *Obstétrique et Gynécologie*, 1886, vont encore nous fournir des preuves à l'appui de notre sujet.

« Le 25 juillet 1880, dit M. Budin, je me rendis, avec le D^r Dujardin-Beaumetz, à l'hôpital Saint-Antoine pour examiner une malade de son service qui était en travail et qui avait perdu des eaux depuis la veille. Cette femme se trouvait depuis six mois à l'hôpital pour un vaginisme intense, elle refusait presque constamment de laisser pratiquer le toucher vaginal qui pour elle était atrocement douloureux ; il suffisait du reste de mettre la main sur ses jambes pour déterminer un rapprochement immédiat et instinctif des cuisses. Elle raconte qu'elle a essayé, bien des fois d'avoir des rapports sexuels, mais elle souffrait tellement qu'ils étaient presque impossibles. » J'ai eu bien des amis, disait-elle, mais pas un n'est resté sérieux à cause des difficultés que nous éprouvions. » Elle affirme qu'elle est enceinte des œuvres d'un jeune asiatique chez lequel le membre vi-

ril était très peu développé, ce qui a permis quelquefois son introduction.

Après bien des pourparlers et en prenant beaucoup de précautions, je réussis à introduire l'index dans le vagin. Je sentis la tête engagée mais je ne pus arriver sur le col de l'utérus. J'introduisis deux doigts sans réussir davantage à trouver le col ; j'étais arrêté par une bride très forte qui existait au niveau de la partie inférieure et postérieure du vagin.

Cette bride persistante était à une certaine distance au-dessus de l'entrée du vagin.

Je pus aussi constater que l'orifice du vagin était large et perméable : il y avait à gauche et en bas une déchirure, conséquence des premiers rapports sexuels pendant lesquels elle avait perdu un peu de sang. On pouvait suivre la muqueuse vaginale jusqu'à un centimètre et demi environ : c'était là qu'existait l'obstacle.

Cet examen fait, j'introduisis de nouveau un doigt dans le vagin ; je le repliai en crochet et je priai la malade de serrer comme quand on a fini d'aller à la garde-robe. Je pus alors sentir très nettement la bande musculaire se contracter plus fort, comprimer le doigt, puis se relâcher un peu. Je répétei l'expérience à plusieurs reprises et pus ensuite faire constater les mêmes faits au D^r Dujardin-Beaumetz. Le muscle qui se contractait et soulevait alors la paroi du vagin était bien, d'après son siège et la direction de ses fibres, le muscle releveur de l'anüs.

Je fis donner du chloroforme à la femme. On la

plça en travers du lit. En pratiquant le toucher on ne trouva plus le moindre obstacle ; la paroi postérieure du vagin était absolument souple ; j'introduisis, non pas seulement deux doigts, mais quatre doigts, avec la plus grande facilité. Je pénétrai ensuite dans le cul-de-sac latéral gauche du vagin où je constatai que le col était effacé. Je pus, en déprimant fortement avec les doigts la partie postérieure du vagin, ouvrir largement ce canal et montrer à tous les assistants que la contracture avait disparu.

On était allé chercher des spéculums : comme on ne les apportait point, on donna un peu moins de chloroforme à la femme ; au bout de quelques minutes la patiente se mit, sans en avoir conscience, à exécuter des mouvements et on constata que la contracture avait reparu.

Le travail continua le lendemain 26 juillet. A 11 heures je revis cette femme. La tête reposait sur le plancher du bassin : la contracture persistait. L'interne du service dut faire administrer du chloroforme et il termina l'accouchement par une application du forceps. »

Chez une autre femme, Gabrielle H..., âgée de 20 ans, l'accouchement ne put être spontané :

« Parvenue au terme de sa grossesse et ayant des douleurs, elle demanda à être reçue à l'hôpital St-Louis. On constata chez elle une présentation du sommet et on l'envoya chez une sage-femme. Comme après trois jours de travail et malgré des contractions violentes, elle n'accouchait pas, la sage-femme la ramena

à l'hôpital St-Louis. Après l'avoir endormie avec du chloroforme, on la délivra à l'aide du forceps Tarnier. Il y avait une déchirure de la fourchette, mais le périnée était intact et le muscle releveur de l'anus avait conservé sa puissance. En se contractant il formait un anneau à 2 centimètres environ au dessus de l'orifice antérieur du vagin et on sentait en même temps le plancher pelvien se relever. »

Enfin nous citerons une dernière observation de M. Budin dans laquelle l'obstacle eut lieu surtout sur la tête dernière :

« La nommée Louise-Désirée L..., présentation du siège en SIDA.

A 11 heures la dilatation était complète. Vers 1 heure du matin, comme le siège ne sortait pas, on administra du seigle ergoté. A 1 heure 45 on put enfin avoir un peu de prise sur le siège, en partie dégagé; on défléchit une jambe et on tira.

Lorsque l'ombilic sortit, on constata qu'il n'y avait pas de battements du cordon; comme pendant les dernières heures on n'avait pas ausculté, on ne put savoir à quel moment l'enfant avait succombé :

Pendant l'extraction, les bras se relevèrent; on eut toutes les peines du monde à les défléchir. Lorsqu'il ne resta plus que la tête, deux doigts d'une main furent mis dans la bouche, l'autre main fut placée à cheval sur le cou et des tractions très fortes furent exercées. L'extrémité céphalique restait emprisonnée dans l'excavation, retenue par un obstacle dont on se s'expliquait nullement la nature. Ce ne fut qu'après 20 minu-

tes d'efforts énergiques que la tête sortit tout-à-coup. Il y avait une déchirure de la fourchette, mais la peau du périnée était intacte. L'enfant ne pesait que 2900 grammes.

En pratiquant l'examen quelques jours plus tard, on ne trouva plus la moindre contraction du releveur de l'anus : il s'était évidemment rompu au moment de la sortie brusque de la tête. Lorsque la femme voulut quitter l'hôpital le 23 octobre, le Dr Charpentier renouvela avec nous l'examen, sans pouvoir constater la contraction d'aucun faisceau musculaire. « Mais serrez donc, lui disait M. Charpentier ». « J'ai beau faire des efforts, monsieur, répondit-elle je sens que je ne puis plus ».

Nous citerons, maintenant les observations que nous avons pu recueillir à la clinique Tarnier, réservant le traitement pour la dernière partie de notre thèse.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Observation prise à la clinique Tarnier n° 130, janvier 1899.

R... âgée de 23 ans.

Primipare.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts tous deux d'une maladie de cœur.

Un frère bien portant.

Pas de grossesse gémellaire dans la famille.

Antécédents personnels. — Née à terme. Nourrie au sein par sa mère. A marché à 11 mois.

Premières règles à 15 ans ; depuis régulières peu abondantes.

N'a jamais été malade.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, du 22 au 26 avril 1898.

Au début elle a présenté des vomissements assez abondants, des douleurs épigastriques, ainsi que de violentes céphalées.

Elle est reçue à la clinique Tarnier le 25 janvier 1899. On trouve une grande quantité d'albumine dans ses urines. On la met au régime lacté absolu.

Accouchement. — Les premières douleurs apparaissent le 28 à cinq heures du soir.

A huit heures elle descend la salle de travail : l'enfant se présente en OI DP, la poche des eaux est assez volumineuse et bombe pendant les contractions. La dilatation est de 2 centimètres. Les bruits du cœur sont bons.

A dix heures cinq la poche des eaux se rompt spontanément : le liquide amniotique est normal. La dilatation est de six centimètres. Les bruits du cœur sont normaux.

A onze heures la dilatation est complète. La rotation de la tête est commencée : on trouve la suture sagittale placée suivant le diamètre transverse.

A onze heures et demie la tête ne progresse pas. Pendant les contractions le liquide amniotique sort teinté en vert par le méconium. Les bruits du cœur sont cependant normaux.

A minuit M. le Dr Chavannes examine la femme : il trouve la tête immobile en O P. Le doigt introduit au bord de la commissure postérieure et suivant la paroi postérieure du vagin sent nettement, à deux centimètres de l'orifice vulvaire, une corde tendue et résistante qui n'est autre que le muscle releveur de l'anus fortement contracté.

Les bruits du cœur deviennent sourds et ralentis. M. le Dr Chavannes se décide à intervenir. On donne du chloroforme à la femme et on fait une application de forceps.

On extrait un enfant vivant par une application directe O P.

Aussitôt après la sortie de l'enfant il se fait une hémorragie assez abondante. Malgré les injections vaginales très chaudes le sang continue à couler. M. le Dr Chavannes fait alors la délivrance artificielle.

L'enfant pèse 2.700 grammes.

D'amè' res de la tête :

O M	12,7
O F	11,2
S O B	9,7
B P	8,7
B T	7,7

La durée totale du travail a été de 7 heures et la période d'expulsion de 1 heure.

La malade présente le lendemain une légère élévation de température : on fait une injection intra-utérine et tout rentre dans l'ordre.

OBSERVATION II

Observation prise à la clinique Tarnier, n. 339, mars 1898.

J. J..., âgée de 21 ans, domestique. Primipare.

Antécédents héréditaires. — Le père de la parturiente est mort d'une pneumonie à 45 ans.

Sa mère vit encore, bien portante.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au biberon, a marché à dix-huit mois.

Premières règles à 15 ans.

Toujours bien réglée.

Pas de maladies antérieures, toutefois pertes blanches assez abondantes.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 1^{er} au 4 juin 1897.

Rien à noter de spécial pendant la grossesse. La femme dit avoir senti remuer vers 4 mois 1/2.

Elle vient de l'asile Michelet.

Accouchement. — Elle entre à la clinique Tarnier le 9 mars à 1 heure du matin : les premières douleurs seraient apparues à 10 heures du soir et, la poche des eaux se serait rompue à minuit.

A l'examen on trouve une tête engagée en O I D P. La dilatation est de 4 centimètres. Les bruits du cœur sont normaux.

Les contractions sont peu fréquentes, le travail marche lentement par suite de la rupture de la poche des eaux.

A 5 heures du matin la dilatation est complète, la tête a commencé son mouvement de rotation, elle se trouve maintenant en droite transverse. Les bruits du cœur sont bons.

Les douleurs augmentent d'intensité et de fréquence. La femme forte et bien musclée commence à pousser.

Le toucher donne des renseignements intéressants : en arrière de l'orifice vaginal, au moment des douleurs, lorsque la tête poussée par une contraction vient appuyer sur le plancher périnéal, on peut sentir toute la paroi postérieure du canal vaginal former comme une large saugle qui se rapproche de la paroi antérieure. Il est évident que c'est la contraction des fibres du muscle releveur de l'anus qui donne cette sensation.

M. le professeur Budin conseille d'attendre, tout en surveillant attentivement les bruits du cœur et en se tenant prêt à intervenir.

Les contractions se répètent toutes les 5 minutes. La femme les aide par de violents efforts.

A 6 heures 1/4 la tête repose toujours sur le plancher,

périnéal, elle est alors en D A. L'auscultation laisse entendre les bruits du cœur sourds et ralentis.

On donne alors du chloroforme et M. le D^r Dubrisay fait une application de forceps en D A. Le dégagement de la tête est assez difficile. Le périnée est intact.

L'enfant pèse 3200 grammes.

Diamètres de la tête :

O M.	13,7
O F	12
S O B.	9,5
B P.	8,5
B T	7,5

La durée du travail a été de 8 heures 1/4 et la période d'expulsion de 1 heure 1/4.

Suites de couches normales.

OBSERVATION III

Observation prise à la clinique Tarnier, n° 785, juin 1898.

M..., âgée de 23 ans, couturière.

Primipare.

Antécédents héréditaires et personnels. — Nuls.

Rien à signaler pendant la grossesse.

Dernières règles : du 20 au 25 août 1897.

Les premières douleurs ont commencé le 4 juin à 8 heures du soir. Une sage-femme demandée auprès de la malade, voyant que le travail se prolongeait d'une façon anormale, l'engage à entrer à la clinique Tarnier. La sage-femme qui la conduit elle-même déclare que depuis au

moins deux heures la dilatation n'a pas augmenté et que les contractions utérines sont très rares. Elle a été frappée de la difficulté qu'il y avait à examiner la parturiente.

A l'examen, on trouve un sommet engagé en O I D P, une dilatation de 5 centimètres avec les membranes intactes. Le plancher périnéal est en effet très résistant. Les contractions sont espacées, peu énergiques. Les bruits du cœur sont normaux.

A trois heures du matin, la dilatation se complète. On rompt la poche des eaux : il s'écoule une assez grande quantité de liquide amniotique normal. Les contractions deviennent plus fréquentes, plus énergiques. La femme fait des efforts.

La période d'expulsion se prolonge, la tête en O P. ne progresse plus.

A quatre heures du matin M. le Dr Dubrisay est appelé : il constate la résistance du périnée. A l'examen, il est facile de reconnaître un spasme, non pas localisé à l'orifice vulvaire, mais bien à une certaine distance, à environ 4 à 5 centimètres au-dessus. Le doigt introduit dans le vagin n'éprouve pas de résistance tout d'abord. Il franchit facilement le passage de la vulve, mais bientôt il se sent serré énergiquement par un anneau étroit qu'il traverse avec peine et en provoquant des plaintes plus ou moins vives. En retirant doucement le doigt on sent un anneau qui le serre et qui l'applique contre la symphyse pubienne : il existe en arrière, non pas une corde mais un véritable plancher. Devant cette contracture exagérée des fibres du muscle releveur de l'anus, M. le Dr Dubrisay se décide à intervenir.

On plonge la femme dans la narcose chloroformique et M. le Dr Dabrisay fait une application de forceps. L'enfant est extrait sans trop de grands efforts.

Aussitôt après la sortie de l'enfant on examine la femme : Le muscle releveur de l'anus qui durant toute la période d'expulsion avait mis obstacle à la sortie de la tête forme une sorte de gouttière : le vagin reste béant pendant quelques minutes.

L'enfant pèse 3.500 grammes.

Diamètres de la tête :

O M	12,5
O F.	11,8
S O B	9,5
B P.	8,5
B T.	7,6

La durée du travail a été de 8 heures et la période d'expulsion de 1 heure.

Les suites de couches ont été normales.

OBSERVATION IV

Observation prise à la clinique Tarnier, n. 881, juin 1898.

Ch..., âgée de 29 ans.

Primipare.

Antécédents héréditaires et personnels. — Nuls.

Premières règles à 18 ans.

Grossesse normale.

Dernières règles du 2 au 7 septembre 1897.

Les douleurs apparaissent le 25 juin à 5 heures 1/2 du soir.

A 7 heures 1/2 la femme entre à la salle d'accouchement. La dilatation est à ce moment de 2 centimètres ; les membranes sont intactes, les bruits du cœur bons. L'enfant se présente, tête engagée en O I G A.

Le 26 juin. — A 1 heure du matin la poche des eaux se rompt spontanément : la dilatation est de 7 centimètres.

A 2 heures 1/2 la dilatation est complète.

A 3 heures 1/2 la tête appuie sur le plancher, toujours en G A : les bruits du cœur sont bons. Au toucher on sent un périnée très dur, très résistant. On espère que la fréquence des contractions et la violence des efforts arriveront à triompher de cette résistance offerte par les parties molles.

A 4 heures M. le Dr Brindeau examine la femme. Il constate que la contracture des muscles du plancher et surtout des fibres postérieures du releveur de l'anus est l'obstacle à l'expulsion. Les contractions se succèdent rapides et énergiques ; l'utérus semble tétanisé. Les bruits du cœur descendent par moment à 80 par minute. Devant cet état M. le Dr Brindeau se décide à intervenir.

On donne du chloroforme à la femme, M. le Dr Brindeau fait une application de forceps oblique en G.A. Il tire au moment des contractions et opère la rotation. La tête n'avance pas lorsque brusquement on sent que l'obstacle est vaincu, on a eu la sensation très nette d'un ressaut. L'occiput vient alors se mettre sous la symphyse et le dégagement se fait sans difficulté. Le périnée est intact.

L'enfant pèse 2980 grammes : il naît étonné, mais est ranimé au bout de quelques minutes. Il présente une fon-

tanelle supplémentaire située à 4 centimètres de la fontanelle postérieure et sur la ligne médiane.

Diamètres de la tête :

O M	13,6
O F	72,2
S O B.	9,6
B P.	9,6
B T	8,5

Aussitôt après on touche la femme : on ne sent plus cette bride dure et saillante, le périnée est facilement dépressible.

M. le Dr Brindeau en conclut que les fibres du muscle releveur de l'anus ont dû se rompre sous l'effort combiné des tractions et des contractions.

Les suites de couches ont été normales.

La durée du travail a été de 11 heures.

La durée de la période d'expulsion a été de 2 heures.

OBSERVATION V

Observation recueillie à la clinique Tarnier, n° 1033, juillet 1898.

Primipare, âgée de 32 ans.

Antécédents héréditaires. — Parents morts âgés. Sa mère a eu 19 enfants. Sur ces 19 huit sont vivants et bien portant, les autres sont morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Ne sait à quel âge elle a marché.

Aucune maladie de l'enfance.

Réglée pour la première fois à 14 ans.

Grossesse actuelle normale. Dernières règles du 16 au 20 octobre 1897.

Elle entre à la clinique Tarnier le 22 juillet à 9 heures du soir. Les premières douleurs seraient apparues le soir à 7 heures.

On trouve une tête engagée en OIGA, la dilatation est de 2 centimètres, les bruits du cœur sont bons, les membranes intactes.

Les contractions sont régulières, elles reviennent toutes les 5 à 6 minutes.

A minuit la dilatation est de 6 centimètres. La tête est en oblique gauche. Le travail marche bien: la femme a des douleurs plus énergiques et plus fréquentes.

A 5 heures du matin la poche des eaux se rompt spontanément: le liquide amniotique qui s'écoule est normal. La dilatation est presque complète.

A 5 heures 1/4 la dilatation est complète. La femme aide les contractions par de violents efforts. La tête est fortement appliquée sur le plancher périnéal en G.A. Le périnée est très résistant. On sent en arrière une bride plus saillante, transversale; l'orifice vaginal permet cependant très facilement l'introduction des doigts, il n'en est pas de même de cette corde que l'on trouve en arrière et qui permet à peine au doigt d'explorer la tête.

A 6 heures 1/2 la tête n'a point progressé, malgré les contractions énergiques et les efforts que fait la femme. Les bruits du cœur devenant irréguliers, on se décide à intervenir. On donne du chloroforme à la femme avec l'espoir de voir disparaître cette contracture des fibres du releveur de l'anus. Elle ne disparaît qu'après un certain moment, la femme est alors plongée dans la narcose la plus profonde; elle est dans le relâchement musculaire le

plus complet. L'introduction des branches du forceps est faite sans aucune difficulté par M. le Dr Dubrisay qui extrait un enfant étonné du poids de 2990 grammes.

Diamètres de la tête :

O M.	13
O F.	11,5
S O B.	9,5
B P.	8,6
B T.	7,6

La durée totale du travail a été de 11 heures 1/2 et la durée de la période d'expulsion de 1 heure 1/4.

Suites de couches normales.

OBSERVATION VI

Observation prise à la clinique Tarnier n° 128, janvier 1899.

J... B..., âgée de 36 ans, couturière.

Primipare.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux.

Mère morte d'un cancer à l'estomac. Quatre frères tous morts dont un de bronchite tuberculeuse. Pas de grossesse gémellaire dans la famille.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie par sa mère au sein.

A marché à dix mois.

Les premières règles sont apparues à 14 ans, elles ont été toujours régulières, assez abondantes, peu douloureuses.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 24 au 28 avril 1898.

Vomissements pendant les trois premiers mois.

Accouchement. — Les douleurs commencent le 28 janvier à 5 heures du matin, ce sont de petites douleurs qui se répètent tous les quarts d'heure.

Elles deviennent plus fréquentes à 10 heures du matin.

A quatre heures du soir la malade entre à la salle de travail. Les membranes sont rompues, la tête est fortement engagée, le fœtus étant en O. I. G. A. Les bruits du cœur sont bons. La dilatation est de 6 centimètres.

A six heures la dilatation est complète.

A partir ce moment les contractions utérines deviennent fréquentes. Le peu de progrès de la tête, l'âge de la parturiente, font penser à une résistance des parties molles.

M. le Dr Perret examine la femme à 7 heures, il trouve en effet un plancher périnéal très résistant qui, à chaque contraction, semble se soulever et brider la tête ; il peut à peine passer le doigt entre la tête et les fibres musculaires qui, à la partie postérieure, semblent tendues comme une corde. En retirant le doigt il constate que le liquide amniotique est teinté de méconium. Cependant les bruits du cœur sont bons. La période d'expulsion durant déjà depuis une heure, M. le Dr Perret, se décide à intervenir.

La femme est endormie au chloroforme. Elle est mise en position obstétricale. M. le Dr Perret fait une application de forceps en G A. Les branches sont introduites sans trop de difficultés. Les fibres musculaires du releveur de l'anus résistent encore mais ne donnent plus la même sensation éprouvée avant la narcose chloroformique.

L'enfant est extrait rapidement, sans lésion du périnée,

Il pèse 2.635 grammes.

Les diamètres de la tête sont les suivants :

O M.	10,5
O F.	11,
S O B	8,5
B P.	8,7
B T.	7,5

La durée du travail a été de 14 heures.

La période d'expulsion a duré 1 heure.

Suite de couches normales.

De ces observations nous tenons, avant d'aborder le traitement, à tirer quelques conclusions, surtout au point de vue étiologique.

Nous pouvons dès l'abord affirmer que la primiparité joue un grand rôle dans la production de la dystocie causée par le muscle releveur de l'anus. Nos six observations sont concluantes à cet égard. Il en est de même des observations de Revillout, Benicke, Budin. Cependant une malade de M. Budin en est à son deuxième accouchement : son premier accouchement fut très laborieux, la seconde fois elle accoucha plus facilement et suivant son expression, elle ne pouvait plus « serrer » (observation de Lucie G...).

Pouvons-nous tirer une conclusion de l'âge ?

Depuis fort longtemps on avait remarqué que la période d'expulsion était notamment plus longue chez les primipares âgées. Le croupion des vieilles femmes, selon l'expression de Mme La Chapelle, se laissait difficilement distendre par la tête. Dans une thèse toute

récente (*Contribution à l'étude de l'accouchement chez les primipares âgées*. Thèse de Paris 1900) M. Courge-nou attache moins d'importance à cette particularité. Pour notre part, en nous rapportant à toutes les obser-vations de notre thèse, nous dirons que la contracture du muscle releveur de l'anus se rencontre tout aussi bien chez les primipares âgées que chez les primipa-res jeunes. Sur nos six observations, deux femmes avaient 22 ans, deux avaient 23 ans, une avait 29 ans, et la dernière 36 ans. Il en est de même des observa-tions de M. Budin :

Gabrielle H..., avait 20 ans, Lucie G..., était toute jeune et Louise-Désirée B..., avait 20 ans. Enfin la ma-lade de Bénicke, la nommée K., avait 25 ans.

On pourrait penser que le poids des enfants peut être regardé comme une cause de la contracture du muscle. Si nous admettons que le poids moyen d'un en-fant à terme est de 3000 grammes nous verrons que dans nos observations deux enfants seulement dépas-sent ce poids ; dans l'observation n° 2 l'enfant pèse 3200 gr. ; dans l'observation n° 3 l'enfant pèse 3170 grammes, mais qu'en revanche les autres quatre enfants ont un poids qui varie de 2635 gr. à 2900 grammes. De ce côté nous ne trouvons pas l'explication désirée. Force nous serait, si nous voulions pousser plus loin cette étude, de rechercher les autres causes qui peuvent amener la contracture du muscle releveur de l'anus. Mais nous laisserons le soin, à d'autres plus documen-tés, d'étudier si l'hérédité, la conformation, le tempé-rament et la constitution, surtout l'hystérie des partu-

rientes, ne doivent pas être admis comme des causes prédisposantes ou comme des causes déterminantes de la dystocie due à la contracture du muscle releveur de l'anus.

TRAITEMENT

L'étude du traitement de la dystocie due au muscle releveur de l'anus occupera fort peu de place : il est en effet simple, facile à énoncer et surtout il est unique. Chloroforme et forceps, voilà les deux termes.

« Un des avantages généralement attribués à l'éther ou au chloroforme, écrivait Cazeaux en 1856, c'est de diminuer la résistance offerte par le périnée, de faciliter dès lors l'expulsion du fœtus et de prévenir presque sûrement les déchirements dont il est si souvent le siège dans l'accouchement ».

« La résistance des muscles du périnée, écrit encore Cazeaux, est une des causes les plus fréquentes de l'emploi du forceps. Sur dix applications, neuf sont pratiquées dans le but d'extraire une tête arrêtée depuis quatre, cinq, sept heures, par le plancher du bassin ».

Dans toutes nos observations on n'a eu qu'à se louer de ce mode opératoire. L'enfant a toujours été extrait vivant et les suites de couches ont été normales.

Un dernier point va maintenant nous occuper : à quel moment doit-on intervenir ? Etablir une heure fixe serait chose hasardeuse. Il faut en effet, à l'exemple de M. Budin, établir une distinction selon que l'on a affaire à l'inertie utérine ou à la résistance des parties molles.

« En ce dernier cas, dit M. Budin dans une leçon clinique publiée en 1889, les conditions sont totalement différentes de ce qu'on observe dans l'inertie utérine. Les contractions se soutiennent et s'exagèrent, en raison des difficultés qu'elles ont à surmonter : on n'a certes pas beaucoup à redouter la rupture de l'utérus, mais on doit craindre, du côté de la mère, l'épuisement progressif et la compression prolongée et violente des parties molles ; du côté de l'enfant un malaise persistant et la mort.

La perte du méconium, que trahit la teinte verdâtre des eaux de l'amnios, exprime toujours une souffrance passagère ou permanente de l'enfant : elle mérite donc d'attirer l'attention. Malheureusement, dans les cas qui nous occupent, il arrive souvent que la tête, appliquée sur les parties molles, bouche hermétiquement le passage et ne laisse pas la moindre issue au liquide amniotique. On est alors privé d'un précieux renseignement, et ce n'est qu'au moment où on introduit la cuillère du forceps qu'on voit s'écouler du méconium.

On doit donc faire grand cas de ce signe, quand il existe, mais il ne faut pas attendre qu'il survienne pour agir, puisqu'il manque souvent. D'autre part, lorsqu'on le constate, on ne doit pas s'y fier d'une façon absolue, car l'enfant a pu souffrir immédiatement, perdre son méconium et revenir ensuite à un état qui est et qui demeurera normal.

Reste l'auscultation, parfois peu commode à pratiquer sur une femme énervée, qui s'agite et gémit ;

néanmoins c'est ce procédé d'exploration qui nous fournit les meilleures renseignements.

Les battements du cœur fœtal sont de 120 à 160 par minute. Si la santé de l'enfant périclité, le nombre de ces battements diminue progressivement et on arrive à ne plus compter que 110, 100 pulsations et même moins. La situation devient critique au-dessous de 100 pulsations et plus le chiffre s'abaisse, plus la vie du fœtus est compromise. Il faut, bien entendu, prolonger l'auscultation pendant un certain temps après la cessation de la contraction utérine, dont l'effet est de diminuer immédiatement le nombre des battements du cœur. S'il y a ralentissement persistant en même temps que les battements sont moins fréquents, les bruits deviennent plus sourds, surtout le second qui normalement est plus faible ; enfin s'il se produit des altérations dans le rythme, s'il y a des irrégularités, des intermittences qui confirment la gravité du pronostic, il ne doit plus y avoir d'hésitation, il est grandement temps que vous interveniez. »

M. le D^r Schwab, actuellement chef de clinique à la Clinique Tarnier, a résumé en quelques lignes la conduite à suivre :

« En cas d'inertie utérine on peut attendre assez longtemps après la dilatation complète : on interviendra quand les modifications des bruits du cœur fœtal appelleront l'attention sur le danger couru par l'enfant :

En cas de résistance des parties molles, au contraire, il faut être interventionniste plus rapidement.

Les contractions utérines étant fortes il faut craindre l'épuisement de la femme, la compression prolongée et intense des parties molles avec leurs conséquences, la mort de l'enfant. »

A. Schwab : *Statistique des applications de forceps faites à la Maternité de Lariboisière.*

L'Obstétrique : Mai 1896.

CONCLUSIONS

1° Il existe, en dehors de l'accouchement, une contracture physiologique ou pathologique du muscle releveur de l'anus.

2° Cette contracture peut, au moment de l'accouchement, être une cause de dystocie.

3° En ce dernier cas il faut intervenir dès que l'enfant souffre.

4° Après avoir plongé la femme dans la narcose chloroformique, il faut appliquer le forceps.

Vu : le Doyen
BROUARDEL

Vu le président,
P. BUDIN

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Auvard.** — Traité pratique d'accouchements, 1898.
- Bar.** — Notes d'obstétrique, 1889.
- Benicke.** — In Zeitsch. f. Geburtsh. v. Gynæk., 1878.
- Bonnaire.** — Du périnée obstétrical, in Gaz. des Hôpitaux, mars 1891.
- Budin.** — Progrès médical, août 1881.
- Obstétrique et gynécologie, 1886.
 - Thèse d'agrégation, 1888.
 - Leçons de clinique obstétricale, 1889.
- Cazeaux.** — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, 1856.
- Courgenou.** — Contribution à l'étude de l'accouchement chez les primipares âgées. Th. Paris, 1900.
- Hildebrandt.** — Archiv. f. Gynæk., 1872.
- Hugué.** — De la dystocie liée aux parties molles des bassins généralement rétrécis. Th. Paris, 1899.
- Puzos.** — Traité des accouchements, 1759.
- Revillout.** — Gaz. des Hôpitaux, août 1874.
- Savage.** — Surgical anatomy of the female pelvic organs.
- Scanzoni.** — Traité pratique des organes sexuels de la femme, 1860.
- Schwab.** — L'Obstétrique, mai 1896.
- De Sinéty.** — Manuel pratique de gynécologie, 1879.

Tarnier, Chantreuil, Budin. — Traité de l'art des accouchements.

— Tome III de la Dystocie maternelle.

Varnier. — Thèse de Paris, 1888.

Varnier et Farabeuf. — Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements, 1891.

Verneuil. — Gazette médicale de Paris, juillet 1884.

Visca. — Du vaginisme. Th. Paris, 1870.

